

ATA

56ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar – CSS

Local: Rio Othon Palace Hotel

Salão Samambaia 3º andar – Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 05 de março de 2009

ATA DA QUINQUAGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CÂMARA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS

ABERTURA – No dia cinco de março de dois mil e nove, no Salão Samambaia, 3º andar do Rio Othon Palace Hotel, situado na cidade do Rio de Janeiro, iniciou-se a Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, órgão criado pela Lei nº. 9.656, de 03 de julho de 1998, integrante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de caráter permanente e consultivo, nos termos do Parágrafo Único, do artigo 5º e artigo 13, da Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o artigo 4º da Medida Provisória nº. 2.177, versão 44. A reunião foi presidida pelo Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, Diretor-Presidente da ANS, estando presentes: Dr. **José Leôncio de Andrade Feitosa** (Agência Nacional de Saúde Suplementar); Dr. **Eduardo Marcelo de Lima Sales** (Agência Nacional de Saúde Suplementar); Dr. **Hésio de Albuquerque Cordeiro** (Agência Nacional de Saúde Suplementar); Dra. **Maria Inês Dolci** (Associação Brasileira de Defesa ao Consumidor – Pró-Teste); Dra. **Josefa René Santos Patriota** (ADUSEPS); Dr. **Julcemar José Ragnini** (CMB); Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira** (UNIMED do Brasil); Dr. **José Carlos de Souza Abrahão** (CNS); Dra. **Carmem Lucia Lupi Monteiro Garcia** (COFEN); Dr. **Benício Paiva Mesquita** (CFO); Dr. **José Alves de Souza Neto** (UNIODONTO); Dr. **Luis Plínio Moraes de Toledo** (FBH); Dr. **Márcio Serôa Araújo Coriolano** (FENASEG); Dra. **Sérgio Werneck** (Procon/SJC); Dr. **Egberto Miranda Silva Neto** (UNIODONTO); Dr. **Bruno Eduardo dos Santos** (Ministério da Fazenda); Dra. **Selma do Amaral** (Procon/SP); Dr. **Arlindo de Almeida** (SINAMGE); Dr. **José Erivalder Guimarães Oliveira** (CUT); Dr. **Francisco Eustácio Vieira** (CNI); Dr. **Álvaro Luiz Salgado Pinto** (CFM); Dr. **Carlos Roberto Squillaci** (SINOG); Dra. **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** (Ministério da Saúde); Dr. **Paulo Guilherme Barroso Romano** (CNC) e Dra. **Marília Ehl Barbosa** (UNIDAS). O Dr. **Fausto Pereira dos Santos**, ANS, deu início a reunião justificando as ausências da Dra. Vera Lúcia

27 Marques de Vita da Associação Franco Basaglia (AFB); do CONASS; do Dr. José de Sousa
28 da Silva da Força Sindical e do Alfredo Cardoso. Ele apresentou a Dra. Luciana Silveira,
29 Diretora Adjunta da DIOPE e parabenizou a todas as mulheres presentes pelo Dia
30 Internacional da Mulher. Ele informou que foram acatadas as alterações na Ata da Reunião
31 anterior propostas pelo Dr. Egberto, pelo Dr. Márcio Coriolano, pelo Dr. José Cláudio e pela
32 Dra. Selma do PROCON/São Paulo e seguiu-se a sua aprovação pelos presentes. **ITEM I –**
33 **RESULTADOS DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO – O Dr. Hésio de Albuquerque**
34 **Cordeiro** introduziu o assunto afirmando que o processo de qualificação sofreu mudanças e
35 ajustes a fim de aprimorar a tecnologia de análise de dados. Ele acrescentou que em 12 de
36 fevereiro de 2009 foram apresentados os resultados da terceira fase da avaliação de
37 desempenho. O Dr. Afonso Reis apresentou os resultados da avaliação de desempenho em
38 relação ao ano de 2007, ou seja, da terceira fase. Ele lembrou que a avaliação de
39 desempenho das operadoras é feita por meio do IDSS, Índice de Desempenho da Saúde
40 Suplementar, e a avaliação de desempenho da ANS é feita através do Índice de
41 Desempenho Institucional. Ele acrescentou que um dos objetivos do programa é subsidiar a
42 análise, planejamento e gestão, ou seja, detectar possíveis falhas, agir sobre essas
43 deficiências, para que o Setor de Saúde Suplementar ganhe qualidade nos aspectos
44 operacionais, econômico-financeiros e de atenção à saúde, visando a construção de um
45 modelo de atenção integral a saúde que contemple as ações de promoção à saúde e a
46 prevenção de riscos e doenças. Ele lembrou que o IDSS é composto pela soma dos quatro
47 índices ponderados, atenção a saúde, econômico-financeiro, estrutural-operacional e
48 satisfação do beneficiário, variando de 0 a 1. Relembrando as fases ele afirmou que a
49 avaliação da primeira etapa foi genérica, que na segunda fase houve a avaliação de cada
50 operadora com quatro intervalos do IDSS e que na terceira fase existiram cinco intervalos do
51 IDSS possibilitando maior comparação entre as operadoras e considerando também a

52 segmentação dos planos. Ele relatou que a terceira fase contou com 33 indicadores, número
53 menor do que na segunda fase, o que se justifica pela busca de indicadores mais precisos
54 que atualmente compreendem 16 indicadores de atenção à saúde, 4 econômico/financeiro,
55 10 da estrutura/operação e 3 da satisfação do beneficiário. Ele relatou o cronograma da
56 terceira fase que se deu no ano de 2008. Ele afirmou que as principais alterações da terceira
57 fase foram: modificação na metodologia do cálculo da pontuação dos indicadores, inclusão
58 das metodologias de padronização por faixa etária e sexo e ajuste das taxas em pequenas
59 populações, revisão completa de todos os indicadores, aperfeiçoamento da metodologia de
60 validação, tudo isso acarretando uma intensa renovação dos indicadores. Ele citou que a
61 terceira fase foi caracterizada pela entrada em vigor de novas normatizações que
62 determinaram algumas regras para a avaliação. Ele explicou que se a determinada
63 operadora é atribuída a pontuação zero para alguma dimensão as outras dimensões serão
64 avaliadas independentemente. Em seguida ele relatou os resultados obtidos na terceira fase
65 com a apresentação de uma tabela que expôs uma visão geral da classificação das
66 operadoras, concluindo que as operadoras estão em média com um desempenho regular em
67 sua maioria. Ele frisou que o programa de qualificação, seja na avaliação da ANS, seja na
68 avaliação das operadoras, não objetiva ser um ranking e sim identificar os problemas e
69 dificuldades para poder acrescentar qualidade ao trabalho desenvolvido, elevando os níveis
70 de saúde dos brasileiros cobertos por planos de saúde.

71 O Dr. **Fausto Pereira dos Santos** acrescentou que a primeira versão dessa avaliação foi
72 remetida para as empresas que puderam observar suas performances e sugerir alterações.
73 Ele afirmou que o processo como um todo será cada vez mais célere. O Dr. **Arlindo de**
74 **Almeida** afirmou que a Abranje é favorável a uma qualificação que objetive melhorar o
75 desempenho das operadoras, mas que é contra a divulgação dos resultados em forma de
76 ranking. Ele acrescentou que a divulgação foi extremamente negativa e que a nota zero é

77 muito depreciativa, o que contribui para denegrir o setor frente a opinião pública. A Dra.
78 **Maria Inês Dolci** indagou se os índices que compõem a estrutura de operação também
79 acompanham o crescimento da rede credenciada. O Dr. **Adriano Mattheus Londres**
80 perguntou se existe algum estudo interno da ANS que avalie as tendências ao longo do
81 programa. O Dr. **Marcio Serôa Araujo Coriolano** afirmou que um órgão governamental não
82 é uma entidade certa para fazer esse tipo de avaliação. Ele disse que conforme documentos
83 anteriormente apresentados acredita que deva haver ponderação dos indicadores e
84 estruturação dos indicadores de saúde pois eles são impróprios para avaliar as operadoras
85 privadas. Ele também afirmou que a divulgação dos resultados para a sociedade é feita de
86 forma injusta. Ele acrescentou que o número expressivo de inconsistências que foi obtido
87 deve-se a dificuldade em se obter as informações. Ele disse que a qualificação é um
88 programa em construção com várias questões metodológicas que precisam ser rediscutidas.
89 Ele solicitou a realização de mais uma Câmara. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos** afirmou
90 que quando o programa foi discutido na Câmara em 2004 tinham como objetivo que as
91 informações fossem usadas tanto pelas empresas quanto pelos consumidores para diminuir
92 a assimetria de informações, mas que não é possível deixar de avaliar uma empresa porque
93 ela não tem suas informações organizadas em uma base de dados adequada. Ele disse que
94 acredita que possa ter havido problemas no processo de divulgação. O Dr. **Afonso Reis**
95 afirmou que a ANS tem uma rotina para diminuição da rede, seja devido a retirada de um
96 prestador, seja devido a sua substituição e que os indicadores usados atualmente medem a
97 rede do ponto de vista qualitativo pelos indicadores de dispersão de rede. Ele disse que em
98 relação as tendências históricas o programa de qualificação foi elaborado para ser
99 progressivo. Ele acrescentou que quando a ANS tiver um conjunto perene de indicadores
100 que já passaram por muitas críticas é que poderá ser feita a avaliação da tendência histórica
101 futura. O Dr. **Egberto Miranda Silva Neto** afirmou que a divulgação foi ineficaz, pois não

102 houve o reprocessamento dos dados corrigidos pelas operadoras, assim, a qualificação
103 divulgada não teria retratado a realidade. Ele disse apoiar a proposta do Dr. **Márcio** de
104 criação de câmara técnicas para discutir as informações a serem repassadas a ANS porque
105 as operadoras não estão conseguindo colocar os dados da forma que a ANS pretende
106 avaliá-los. Ele afirmou que o tempo decorrido entre a análise dos dados e a sua divulgação
107 tem sido prejudicial a própria ANS que tem divulgado dados antigos que muitas vezes não
108 correspondem mais em nada a realidade atual. O Dr. **Julcemar José Ragnini** ponderou que
109 os principais problemas na divulgação estão relacionados a qualificação dos procedimentos
110 e fluxo de informações. Ele afirmou que tem tentado estipular treinamentos internos. Ele
111 indagou se dentro da atenção a saúde todos os itens tem o mesmo peso na avaliação. Ele
112 afirmou que em sua opinião o item de satisfação do cliente tem peso muito baixo na
113 avaliação. O Dr. **Sergio Augusto Werneck de Almeida** afirmou que é preciso melhorar o
114 processo para que a avaliação tenha credibilidade. Ele sugere que quanto a escala das
115 faixas a nota seja seca para facilitar a compreensão do consumidor e que seja estabelecida
116 uma proporção entre a rede de assistência ao consumidor e o numero de vidas que são
117 cobertas. Ele afirmou que deveria ser mais fácil para o consumidor o acesso aos dados
118 desse trabalho. A Dra. **Josefa René Santos Patriota** afirmou que é preciso divulgar cada
119 vez mais aos consumidores quais operadoras são confiáveis e quais não são, a partir de
120 uma divulgação que se pautar pelo rigor. Ela solicitou que houvesse mais rigor em relação a
121 avaliação da Hapi Vida por causa do serviço que vem sendo prestado por essa operadora
122 aos seus consumidores, assistência essa que ela afirma já ter sido testemunha. A Dra.
123 **Marília Ehl Barbosa** afirmou que a divulgação tem que ser feita com muito cuidado para não
124 ser distorcida pela mídia, pontuando para a sociedade quais os critérios e parâmetros usados
125 na avaliação das operadoras, ressaltando, inclusive, que aquelas entidades de autogestão
126 isentas de enviar os dados econômico-financeiros, que recebiam nota máxima nesta

127 dimensão, tiveram suas notas reduzidas em virtude da mudança do critério, pela ANS, na
128 análise dos dados de 2007. Ela alertou que para o ano de 2008 devem existir dois
129 indicadores para avaliar as autogestões anteriormente classificadas como patrocinadas como
130 forma de adequação ao que foi estipulado pelas Resoluções 137 e 148, principalmente em
131 relação à constituição de reservas financeiras. O Dr. **Dante Ancona Montagnana** indagou
132 se no gráfico apresentado o índice de satisfação dos beneficiários era somente de 10%. O
133 Dr. **José Erivalder Guimaraes de Oliveira** parabenizou a ANS pelo trabalho realizado e
134 afirmou que a crítica metodológica baseia-se na não aceitação da transparência, não
135 aceitação em divulgar dados das operadoras. Ele enfatizou a defesa da divulgação da
136 qualidade das operadoras para o processo democrático como um todo. O Dr. **Fausto Pereira**
137 **dos Santos** esclareceu questões pontuadas pela Dra. René em relação ao Happy Vida
138 afirmando já serem elas de conhecimento da ANS. O Dr. **José Cláudio Ribeiro Oliveira**
139 afirmou que a satisfação do usuário deveria ter maior peso na avaliação e que as ações de
140 responsabilidade social praticadas pelas operadoras deveriam ser consideradas na
141 qualificação. Ele acrescentou que o cuidado na divulgação não significa não ser transparente
142 e sim não passar uma visão distorcida para o mercado. O Dr. **Marcio Serôa Araújo**
143 **Coriolano** afirmou que não espera que não haja punição para as operadoras que não
144 fornecerem informações. Ele afirmou que procura trabalhar com uma postura que é acima de
145 tudo técnica para prevalecer a qualificação que é o interesse de todos. Ele afirmou que a sua
146 posição é de que a divulgação aconteça, sendo melhorada. O Dr. **Benício Paiva Mesquita**
147 reiterou que a satisfação do usuário deveria ter um peso maior na avaliação. Ele sugeriu que
148 fosse incluído mais um item que determinasse a avaliação do prestador. Ele solicitou que
149 fosse resgatada a gerencia de relacionamento com o prestador para discutir uma política de
150 reajustes dos prestadores. A Dra. **Josefa René dos Santos Patriota** indagou se a avaliação
151 da qualificação foi apenas para as empresas que estão comercializando contratos novos ou

152 para todos os contratos. O Dr. **Afonso Reis** lembrou a metodologia usada para a avaliação
153 e afirmou que a análise da metodologia visa compilar o melhor conjunto de medidas que
154 reflitam o desempenho real da operadora. Ele afirmou que em relação a satisfação do
155 beneficiário a ANS está fazendo as adequações necessárias para que possa fazer pesquisa
156 direta, mas que até então só trabalhou com análise indireta. O Dr. **Fausto Pereira dos**
157 **Santos** afirmou que a avaliação é feita pelo conjunto de serviços da operadora,
158 independentemente se se trata de plano novo ou não. Ele acrescentou que a qualificação
159 terá um impacto importante no processo de acreditação das operadoras e na portabilidade.

160 **ITEM II – RESULTADO DO PROJETO PILOTO DE NOTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**

161 **PRELIMINAR** - O Dr. **Eduardo Marcelo de Lima Sales** afirmou que houve uma busca de
162 aproximação da ANS com os órgãos de defesa do consumidor e com as operadoras na
163 procura de resultados concretos de satisfação do beneficiário. Ele esclareceu que o agir
164 comunicacional antecede a denuncia, entre o consumidor e o plano de saúde. Busca evitar,
165 com a assimetria de informação, evita a instalação do conflito. O agir indutivo consensual
166 refere-se à aplicação da reparação voluntária e eficaz, a notificação de investigação
167 preliminar – NIP e outros instrumentos semelhantes; e o agir coercitivo refere-se ao
168 processo administrativo sancionador com instalação do contraditório. Ele afirmou que em
169 2008 houve um número menor do que em 2007 de processos administrativos sancionadores
170 comparados ao número global de atendimentos realizados pela agencia. Ele esclareceu que
171 a eficiência processual se dá com a desconcentração administrativa e decisória e isso não
172 acarretará disparidades de decisões. Ele relatou que o agir indutivo consensual é uma
173 tentativa de desburocratizar o processo e garantir efetividade no atendimento aos
174 consumidores. Ele afirmou que o projeto piloto da NIP, instrumento do agir indutivo
175 consensual, teve uma repercussão muito positiva. Ele explicou o funcionamento do
176 procedimento da NIP tem apresentado bons efeitos com respostas rápidas ao consumidor

177 sobre o seu programa assistencial. Ele afirmou que estão sendo realizados estudos para
178 apurar a necessidade de novas instruções ou resoluções normativas, o que resultaria em
179 duas espécies de NIPs: uma nacional e outro regional. Ele lembrou a existência do Procaf,
180 programa de capacitação da fiscalização. Ele relatou que na segunda quinzena de abril
181 serão iniciadas mesas técnicas com as operadoras e será dada continuidade aos fóruns de
182 debate com os Órgãos de Defesa do Consumidor e com as Centrais Sindicais e as ações
183 educativas com cartilhas e informativos eletrônicos. O Dr. **Flavio** afirmou que as demandas
184 de informações atuais refletem o interesse do usuário em saber mais e a necessidade das
185 empresas em trabalhar melhor sua comunicação com seu usuário. Ele acrescentou que o
186 aumento no número de reclamações sinaliza as disfunções na performance do mercado. Ele
187 explicou o funcionamento da NIP. O Dr. **Marcio Serôa Araújo Coriolano** indagou se não há
188 interesse em tornar o processo mais célere e ainda na fase da NIP verificar o direito do
189 consumidor para que isso não se transforme em um processo sancionador. O Dr. Márcio
190 também sugeriu que a NIP passasse a incorporar as reclamações sobre reajustes anuais de
191 mensalidades, já que as demandas costumam crescer por oportunidade das autorizações
192 anuais da ANS. A Dra. **Josefa Renê dos Santos Patriota** lembrou que a agência ganhou a
193 sentença do rol de procedimentos. Ela afirmou que está sendo preparada uma ação judicial
194 única para diminuir a demanda de atendimentos no caso da portabilidade. Ela sugeriu a
195 realização de uma mesa redonda ou consulta pública para discutir a vida financeira do
196 sistema. Ela afirmou que é um absurdo o que ocorre quando um consumidor recebe resposta
197 do serviço de atendimento da ANS que para determinada doença não há cobertura de seu
198 plano, pois já existe entendimento jurídico para essas questões. O Dr. **Benício Mesquita**
199 afirmou que a discussão com os prestadores tem que ser mais célere. O Dr. **José Erivalder**
200 **Guimarães de Oliveira** indagou se houve análise qualitativa das denúncias. O Dr. **Julcemar**
201 **José Ragnini** sugeriu que a ANS fizesse uma investigação mais minuciosa na operadora

202 HAPPY VIDA corroborando as reclamações feitas pela Dra. Renê. O Dr. **Eduardo Marcelo**
203 **de Lima Sales** afirmou que será verificada a viabilidade da inclusão dos reajustes, que já
204 existem mesas técnicas com o PROCON, que serão realizados fóruns com todos os atores
205 do processo, que o processo está em construção e que ele é democrático e que a agência
206 tem atuado sim no âmbito do processo sancionador embora não haja muita divulgação na
207 imprensa a respeito. A Dra. **Josefa Renê dos Santos Patriota** acrescentou que, embora a
208 ANS não seja um órgão de defesa do consumidor ela entre suas atribuições defende sim os
209 interesses do consumidor. Ela sugeriu que a ANS baixe uma portaria e divulgue para os
210 usuários nos meios de comunicação que conforme legislação vigente e conforme o estatuto
211 do idoso aqueles que completarem 60 anos e já tiverem mais de 10 anos de plano de saúde
212 não terão reajuste de faixa. **ITEM III – BALANÇO DA CONSULTA PÚBLICA DOS PLANOS**
213 **COLETIVOS** – A Dra. **Alexia Ferreira** relatou que dos 57 ofícios recebidos e das 132
214 manifestações pelo site muitas delas referem-se ao mesmo conteúdo sendo enviado por
215 diferentes instituições. Ela informou sobre o resultado do balanço das contribuições à
216 consulta pública e acrescentou que as mesmas estão em estudo pela ANS. Foram
217 apresentados os principais argumentos e propostas identificados. Na proposta de RN das
218 Administradoras são eles: exclusão da expressão “por adesão” da definição; que no art. 2º
219 seja retirada a frase “oferecimento de planos para associados e as pessoas jurídicas
220 contratantes, a negociação de reajuste e a alteração de rede assistencial”; que no parágrafo
221 único seja excluída “consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano e
222 modelo de gestão”; que no artigo 3º seja acrescentada a expressão “corretor” ao final do
223 dispositivo; que no artigo 4º seja acrescentada “ou ainda de estipulante” e “bem como as
224 pessoas físicas e jurídicas que comercializem planos de saúde em geral”; que seja excluído
225 o artigo 11; que seja criado um artigo para explicitar a necessidade da administradora de
226 benefícios de se registrar na ANS. Em relação a minuta de Rn que regulamenta os planos

227 coletivos ela explanou que: o artigo 5º trata da definição que será alterada; que na definição
228 dos dependentes do beneficiário sejam limitados a consanguíneos e até segundo grau e que
229 beneficiário, titular e dependentes estejam no mesmo contrato e não necessariamente no
230 mesmo plano; em relação às carências a proposta foi manter o artigo 12 da Lei 9656 e
231 excluir carências e CPT de todos os planos; em relação ao pagamento a proposta é de
232 ressaltar demitidos e aposentados e permitir a cobrança direta pela operadora; aprimorar a
233 definição de plano por adesão permitindo que qualquer entidade possa exemplificar o que é
234 uma associação profissional legalmente constituída; definição de um prazo máximo para que
235 a DIOPE se manifeste; definir o papel da ANS na comprovação da condição de elegível do
236 beneficiário; assumir que a adesão do grupo familiar seja independente da participação no
237 plano do titular vinculado à pessoa jurídica; definição dos documentos necessários para
238 comprovação; ampliação do prazo mínimo de constituição de um para dois anos; incluir
239 nessa regra a possibilidade do beneficiário aderir ao plano sem carência desde que o faça
240 em 30 dias a contar da sua vinculação à pessoa jurídica contratante; transferir para as partes
241 a possibilidade de negociação dos prazos de carência; nas hipóteses de exclusão por
242 inadimplemento sugere-se exclusão da regra que define que a responsabilidade será da
243 pessoa jurídica contratante; quanto à proibição da seleção de riscos propõe-se acrescentar a
244 expressão “de beneficiários” ao artigo 17; quanto à rescisão e suspensão sugere-se que
245 sejam apenas 30 dias para notificar ao invés de 60 dias; incluir no artigo 19 uma forma de
246 desligamento do beneficiário a pedido da pessoa jurídica contratante por inadimplência;
247 permitir a revisão para re-equilíbrio econômico atuarial em período inferior a 12 meses; no
248 artigo 22 substituir o termo “discriminação quanto ao valor da contraprestação pecuniária por
249 contraprestação distinta”; acrescentar o Estatuto do Idoso ao artigo 23; excluir os artigos 23 e
250 26; submeter a IN para consulta pública, excluindo a previsão de cancelamento do registro de
251 produto, no caso da operadora não adequar as características de acordo com os parâmetros

252 fixados na resolução. Dr **Fausto** destacou que as contribuições não foram muito diferentes
253 das questões já destacadas na Câmara Técnica de planos coletivos. O Dr **Márcio Coriolano**
254 solicitou que após avaliação da ANS, a nova versão fosse apresentada à Câmara de
255 Saúde Suplementar. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos** explicou que grande parte desses
256 questionamentos estão na consulta pública de forma mais sistematizada em
257 complementação a reunião da câmara técnica. Ele informou que será disponibilizada para
258 todos os membros da Câmara essa sistematização. O Dr. **Marcio Serôa Araujo Coriolano**
259 indagou quais serão os próximos passos para a edição da norma. O Dr. **Fausto Pereira dos**
260 **Santos** informou que estão sendo estudadas as questões de natureza jurídica e as decisões
261 técnico-políticas para daí elaborar uma minuta da resolução a ser apreciada e votada pela
262 diretoria colegiada. Ele informou que não é necessária a realização de uma nova Câmara. O
263 Dr. **Marcio Serôa Araújo Coriolano** perguntou se o estatuto da operadora de benefícios vai
264 equipará-la a uma operadora. A Dra. **Solange** complementou indagando o porquê de trazer
265 essa nova denominação administradora de benefícios e não manter o conceito de
266 administradora de plano. O Dr. **José Claudio Ribeiro Oliveira** afirmou que confia na
267 sensibilidade da ANS para analisar tudo o que foi exposto e acatar as recomendações que
268 são pertinentes. A Dra. **Josefa Renê dos Santos Patriota** também indagou sobre a
269 definição de administradora de benefício, sobre a diferença entre consumidor intermediário e
270 consumidor final e sobre o contrato não poder ser renovado. Ela afirmou que os
271 consumidores tem que ter o direito de ter uma cópia dos contratos. O Dr. **Fausto Araújo**
272 **Pereira dos Santos** afirmou que a mudança de nome deve-se a uma mudança de
273 característica pois a administradora de planos vai operar em nome da operadora e a
274 administradora de benefícios vai operar em nome de um conjunto de beneficiários
275 representados por pessoas jurídicas que organizaram um plano. Ele afirmou que a minuta da
276 norma não fala em consumidor intermediário e que o contrato que não for adequado a norma

277 é que não poderá ser renovado. Ele esclareceu que a administradora de benefícios não é
278 uma nova pessoa jurídica, mas será disciplinada a sua atuação. **ITEM IV – INFORMES**
279 **GERAIS** – O Dr. **Alfredo Scaff** afirmou que está em plena atividade o grupo técnico de
280 revisão do rol de procedimentos. Ele informou que a próxima reunião do grupo acontecerá no
281 dia 11 de março de 2009, sendo esta a primeira de seis reuniões para finalizar a discussão
282 de todos os temas pertinentes ao rol. Após isso haverá uma consulta pública e apresentação
283 do rol final. Quanto convenio da ANS com a AMB para desenvolvimento do projeto de
284 diretrizes clínicas ele relatou que o objetivo é melhorar a qualificação da atenção dos
285 beneficiários de planos de saúde a partir da elaboração de protocolos e diretrizes clínicas
286 baseadas em evidências. Ele disse que será realizado um evento no final de abril com
287 representantes de Portugal, Colômbia, Chile e provavelmente Cuba que relatarão suas
288 experiências em relação as diretrizes clínicas. Em seguida ele expôs o cronograma de
289 atividades do projeto diretrizes. Ele também informou que o reajuste do ano de 2009 a
290 princípio irá utilizar a RN 171 e que foi montado um cronograma de trabalho para o reajuste
291 de 2010 que tem início com uma discussão em Câmara técnica e continua com uma consulta
292 pública, discussões em colegiados e com outros órgão representativos para que no final de
293 2009 já exista um novo modelo de reajuste. Ele explicou que existem muitos estudos para
294 aplicação de fatores de qualidade nos reajustes. O Dr. **Julcemar José Ragnini** indagou se é
295 possível solicitar o reajuste sem o índice e se existe previsão para um índice aproximado. O
296 Dr. **Alfredo** esclareceu que a solicitação pode ser feita em março, mas a autorização do
297 reajuste só ocorrerá depois de estipulado o índice. A Dra. **Josefa Renê dos Santos Patriota**
298 perguntou se não deveriam pensar também nos planos coletivos e se o reajuste será para os
299 contratos novos. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos** esclareceu que o reajuste será para os
300 contratos previstos na RN 171, ou seja, contratos novos assinados a partir de 1º de janeiro
301 de 1999. A Dra. **Josefa Renê dos Santos Patriota** sugeriu que a ANS procurasse saber das

302 operadoras a relação dos contratos antigos e qual o valor das prestações pagas por esses
303 usuários para que a agência possa se manifestar em defesa tanto da manutenção do
304 sistema quanto em defesa dos usuários. O Dr. **Marco Antonio Antunes** indagou se já existe
305 um prazo para ser divulgada a equivalência de planos das empresas padrão de comparação
306 em relação a portabilidade. O Dr. **Fausto Pereira dos Santos** afirmou que ainda não existe
307 uma data e que será necessária a realização de uma reunião extraordinária para tratar
308 pormenorizadamente do assunto. Ele ressaltou que o tema será tratado em tabelas de
309 atualização dinâmicas. O Dr. **Egberto Miranda Silva Neto** salientou que constava da pauta
310 da primeira reunião do grupo técnico de revisão do rol a apresentação da Metodologia da
311 Avaliação do Impacto Econômico e Financeiro do Rol, contudo, esse estudo não teria sido
312 divulgado. Continuando, manifestou-se sobre a Portabilidade, e demonstrou preocupação
313 quanto à RN nº 186 não ter trazido diferenciação de características para os planos
314 odontológicos, e esperava que fosse reconhecida a incompatibilidade entre os diversos
315 planos, a exemplo daqueles em regime misto de pagamento e os em pré-pagamento que
316 contemplassem serviços adicionais, tal como a ortodontia. O Dr. **Fausto Pereira dos**
317 **Santos**, ANS, agradeceu a todos e deu por encerrada a reunião.

318

319 Agência Nacional de Saúde Suplementar

320 Ministério da Saúde - MS

321 Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS

322 Associações de Consumidores de Planos Privados de Saúde – PRO TESTE

323 Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB

- 324 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS
- 325 Confederação Nacional do Comércio – CNC
- 326 Confederação Nacional da Indústria - CNI
- 327 Conselho Federal de Medicina - CFM
- 328 Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 329 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN
- 330 Cooperativas de Serviços Médicos – UNIMED
- 331 Cooperativas de Serviços Odontológicos – UNIODONTO
- 332 Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE
- 333 Federação Brasileira de Hospitais – FBH
- 334 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG
- 335 Ministério da Fazenda – MF
- 336 Fundação PROCON São Paulo
- 337 Fundação PROCON SJC
- 338 Segmento de Autogestão da Assistência à Saúde – UNIDAS
- 339 Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG
- 340 Central Unica dos Trabalhadores – CUT